

FORMULARZ OFERTOWY
do konkursu ofert na realizację:
*„Programu polityki zdrowotnej z zakresu
profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)” w 2023 r.*

I. Dane o ofercie:			
1. Nazwa oferenta:			
2. NIP:			
3. REGON:			
4. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i rejestru sądowego (załączyć aktualne wyciągi z rejestrów).			
5. Adres:	Miejscowość:		
	Ulica:		
	Nr:		Kod pocztowy:
6. Telefon:			
7. E-mail:			
8. Adres strony www:			
9. Nazwa banku:			
10. Numer rachunku bankowego:			
11. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego konkursem:	Imię i nazwisko:		
	Stanowisko:		
	Nr telefonu kontaktowego:		
12. Osoba odpowiedzialna za rozliczenie finansowe zadania objętego konkursem:	Imię i nazwisko:		
	Stanowisko:		
	Nr telefonu kontaktowego:		
13. Koordynator Programu:	Imię i nazwisko:		
	Nr telefonu kontaktowego:		
	E-mail:		

14. Oświadczenie o braku wymagalnych zobowiązań wobec Powiatu Poznańskiego	
----------------------------------------------------------------------------	--

II. Informacja o bazie sprzętowej i warunkach lokalowych:	
1. Wykaz rodzaju sprzętu i materiałów medycznych posiadanych przez oferenta, wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń objętych przedmiotem umowy.	
2. Oświadczenie, że sprzęt i materiały medyczne, używane do realizacji Programu, spełniają wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa.	
3. Warunki lokalowe niezbędne do realizacji zadania objętego konkursem, zgodnie z przepisami prawa.	

III. Informacja o personelu przewidzianym do realizacji zadania objętego konkursem: (Określenie liczby i kwalifikacji zawodowych osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu objętego przedmiotem konkursu)				
A. LEKARZ KWALIFIKUJĄCY DO SZCZEPIEŃ*:				
Lp.	Imię i nazwisko	Tytuł lub stopień naukowy	Uzyskane specjalizacje	Nr prawa wykonywania zawodu
1.				
2.				
3.				
4.				
B. OSOBA POSIADAJĄCA KWALIFIKACJE DO WYKONYWANIA SZCZEPIEŃ POTWIERDZONE ZAŚWIADCZENIEM O ODBYCIU STOSOWNEGO KURSU/SZKOLENIA*:				
Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Nr prawa wykonywania zawodu	Nr i data zaświadczenia o ukończeniu kursu/szkolenia w zakresie szczepień ochronnych
1.				
2.				

3.			
4.			
C. OSOBY ODPOWIEDZIALNE ZA REALIZACJĘ EDUKACJI (SZKOLENIE/A DLA PERSONELU, SPOTKANIA EDUKACYJNE DLA OSÓB URODZONYCH W 2009 R., ICH RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH, EDUKACJA REALIZOWANA ON-LINE)*:			
Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Inne informacje mające znaczenie przy realizacji Programu, w tym doświadczenie dydaktyczne
1.			
2.			
3.			
4.			
D. INNY PERSONEL PRZEWIDZINY DO REALIZACJI PROGRAMU (w tym koordynator Programu, pracownik rejestracji itp.)*:			
Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Inne informacje mające znaczenie przy realizacji Programu, w tym doświadczenie w realizacji zadań
1.			
2.			
3.			
4.			

IV. Kalkulacja kosztów:	
IV. A. Kalkulacja kosztu brutto szczepienia jednej osoby z wykorzystaniem szczepionki 9-walentnej (jedna dawka) uwzględniającego następujące składowe:	
Rodzaj kosztu	Wartość
1. Badanie lekarskie kwalifikujące do szczepienia. zł brutto
2. Koszt zakupu szczepionki (1 dawka). zł brutto
3. Podanie szczepionki (w tym zużycie sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacja użytego sprzętu medycznego i materiałów). zł brutto
Razem (suma pkt 1-3) zł brutto
IV. B. Całkowite koszty brutto związane z realizacją Programu, inne niż koszty określone w pkt IV. A. formularza ofertowego (ogółem):	
1. Koszty edukacji zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> ▪ szkolenie dla personelu uczestniczącego w realizacji Programu, ▪ spotkania informacyjno- edukacyjne w 17 gminach powiatu poznańskiego, ▪ film edukacyjny, zł brutto

<ul style="list-style-type: none"> ▪ opracowania, wydania i dystrybucji ulotek edukacyjnych. (nie więcej niż 34 000,00 zł) 	
<p>2. Koszty promocyjno-informacyjne (w tym plakaty informacyjno-promocyjne, informacje w mediach), koszty administracyjno-organizacyjne (w tym zbieranie i przetwarzanie danych związanych z monitorowaniem i ewaluacją Programu, koordynator Programu) oraz inne niezbędne do prawidłowej realizacji Programu. (nie więcej niż 34 000,00 zł)</p> zł brutto
Razem (suma pkt 1-2) nie więcej niż 68 000,00 zł zł brutto

V. Informacja o szczepionce:	
<p>1. Nazwa szczepionki 9-walentnej, w tym informacja o zastosowanym schemacie szczepienia (załączyć kartę charakterystyki oferowanego produktu leczniczego oraz dokumenty potwierdzające, że stosowany produkt jest dopuszczony do obrotu).</p>	

VI. Inne informacje:			
1. Organizacja i sposób przeprowadzenia przedmiotowego Programu polityki zdrowotnej w 2023 r. w 17 gminach powiatu poznańskiego w zakresie:			
a) szczepień,			
b) edukacji zdrowotnej, (szkolenie dla personelu, spotkania informacyjno-edukacyjne, film edukacyjny oraz ulotki edukacyjne)			
c) działań informacyjno-promocyjnych dotyczących realizowanego Programu.			
2. Doświadczenie oferenta w realizacji programów objętych przedmiotem konkursu:			
a) czy oferent uczestniczył w realizacji ww. programów w okresie trzech ostatnich lat? (jeśli TAK - proszę uzupełnić pkt VI.2b, jeśli NIE - proszę wpisać: „nie dotyczy”)			
b) szczegółowe informacje o realizowanych przez oferenta programach*:			
Nazwa Programu	Rok realizacji Programu	Miejsce realizacji Programu	Wielkość populacji objętej Programem

*w miarę potrzeby możliwe jest dodanie kolejnych wierszy

.....
(pieczęć oferenta)

.....
(miejsowość, data, podpis osoby upoważnionej)